

(25/11/2021)

VALIDACION ON LINE

Todas las recetas llevarán validación On Line. Ver guía de validación MPN en pág del Colegio.

BONIFICACION

Las farmacias harán un 10% de bonificación sobre el PVP del medicamento cubierto.

PLANES Y DESCUENTOS

	a/c MPN	a/c Benefi- -ciario	Con Form. Ter. (1)	Con Manu al Fco.
Ambulatorio PLAN A	40% 50% 70%	60% 50% 30%	SI	NO
Ambulatorio PLAN J Sólo mayores de 65 años	40% 50% 70%	60% 50% 30%	SI	NO

(1) Formulario terapéutico de MPN.

PAGO DE LA PRESTACION

El pago de la prestación se hará mediante notas de crédito.

RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL

PRESCRIPCIÓN Por	DIAGNOS TICO	RECETA	VALI- DEZ REC.	TRO- QUEL	FIRMA Y ACLARAC. DEL MEDICO
GENÉRICO (D.C.I.) (B- E) y COMERCI AL	NO	OFICIAL o PARTICULAR (A-C)	30 días	SI (D)	Sello: SI Manuscrito: NO

A) Recetario oficial (ver modelo mas adelante) en forma física o digital (presentando copia impresa o sólo el número del recetario). En el caso de recetario particular identificado como receta blanca. Con membrete o sello que identifique la entidad: hospital, centro de salud o similar. Deben figurar los siguientes datos de puño y letra del profesional:

- A-1) Denominación de la entidad (MPN o Medicamentos de Primer Nivel).
- A-2) Nombre y apellido del beneficiario.
- A-3) Tipo y número de documento.
- A-4) Medicamentos recetados (ver Ítem B y cantidad de cada uno, en números y letra. Si no se expresa cantidad se expondrá solamente uno).
- A-5) Forma farmacéutica y potencia de cada producto prescripto.
- A-6) Firma y sello con número de matrícula del profesional legible.
- A-7) Fecha de emisión (prescripción).
- A-8) La tinta de la prescripción debe coincidir con la de la firma del médico.

En los recetarios particulares se cargará el nro. de DNI del beneficiario en el campo "número de receta", y el sistema le devolverá dicho número más 3 dígitos, que deberá ser consignado a mano por el farmacéutico en la receta.

- B) La prescripción debe hacerse por Denominación Común Internacional (Monodroga o asociación) y Marca comercial.
- C) Con cada receta se deberá adjuntar copia del documento no fiscal homologado para uso de obras sociales (copia adicional del ticket fiscal o ticket factura).
Las farmacias que no dispone de impresora fiscal que emita tercer comprobante, solo DEBERAN COLOCAR EN LA RECETA EL NUMERO DE TICKET O COMPROBANTE FISCAL QUE RESPALDE LA VENTA DEL MEDICAMENTO.
- D) Pegar con adhesivo (no abrochar) el troquel con su código de barra o la solapa identificatoria de cada uno de los productos vendidos, en el mismo orden en que fueron prescriptos. Si el producto no tuviera troquel, colocar la sigla S/T.

E) Para acceder al descuento, la Denominación Común Internacional y marca del producto dispensado deben coincidir con lo prescripto por el profesional.

Datos a completar por el afiliado y/o tercero que retira:

- Nombre y apellido
- Teléfono
- Tipo y Nro de documento
- Firma (frente y dorso en el caso de recetario oficial)

Datos a completar por la farmacia

- Fecha de venta o dispensación
- Sello y firma de la farmacia

MEDICAMENTOS POR RECETAS

MEDICAMENTOS POR RECETA (Rp x Rec.)	2
--	----------

UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO

TAMAÑO (a-b)	CANTIDAD
CHICO o UNICO	1
SUBSIGUIENTE AL CHICO	1
GRANDE (3º TAMAÑO o más)	1
ANTIBIOTICOS INY. MONODOSIS	5
ANTIBIOTICOS INY. MULTIDOSIS	1

- a) En una misma receta pueden coexistir dos o más medicamentos distintos de tamaño grande o medicamentos distintos de tamaño grande y subsiguiente al chico.
- b) Psicofármacos. No se aceptan fotocopias de recetas.

PRODUCTOS NO RECONOCIDOS

- a) Medicamentos rechazados por la validación on line.

PRODUCTOS RECONOCIDOS

- a) Medicamentos Incluidos en el vademécum.

BENEFICIARIO

Se acreditará presentando:

- PLAN A: DNI
- PLAN J: DNI y ser mayor de 65 años.

ENMIENDAS

- a) Todas las enmiendas que se hagan en el sector de la receta destinado a la farmacia, deberán ser salvadas y el afiliado deberá firmar y aclarar su firma, avalando dicha salvada.
 - b) Toda enmienda hecha en la prescripción deberá ser salvada por el médico tratante bajo leyenda: "Digo(lo enmendado)" firmando y sellando el médico nuevamente lo salvado.
- Por ninguna razón se aceptará, con cargos a las entidades, recetas con enmiendas, raspaduras o agregados con distinta lapicera, sino están salvados expresamente por el profesional prescribiente.

PRESENTACION DE LAS RECETAS

Las recetas se deben presentar numeradas correlativamente, con la carátula emitida por el sistema OBSERVER.

En el caso de **recetas digitales (ver imagen al final de la presente Norma)**, adjuntar los troqueles a la validación. Indicar el número de receta o en su defecto imprimir la validación.


PLAZO PARA PRESENTAR LAS RECETAS

45 (cuarenta y cinco) días posteriores a la liquidación.
Y tendrá un plazo de 30 (treinta) días corridos a partir de haber recibido la devolución para refacturar una receta.

(25/11/2021)

MODELO DE RECETAS

Frente

	NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO		M	EDAD	TIPO Y N° DE DOCUMENTO	
			F			
PROVINCIA Y LOCALIDAD			FECHA EMISIÓN		FECHA DE VENTA	
RP/1		CANTIDAD RECETADA	CANTIDAD ENTREGADA	PRECIO UNITARIO		TROQUELES
DCI		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Marca Sugerida				PRECIO TOTAL		
				<input type="text"/>		
RP/2		CANTIDAD RECETADA	CANTIDAD ENTREGADA	PRECIO UNITARIO		
DCI		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Marca Sugerida				PRECIO TOTAL		
				<input type="text"/>		
Diagnostico RP:		CANTIDAD RECETADA	CANTIDAD ENTREGADA	PRECIO UNITARIO		
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
				PRECIO TOTAL		
				<input type="text"/>		
SELLO DEL PROFESIONAL	Certifico entrega de medicamentos:		TOTAL RECETA			
			<input type="text"/>			
FIRMA Y N° DE MATRICULA	SELLO Y FIRMA - FARMACIA		A CARGO BENEFICIARIO			
			<input type="text"/>			
			A CARGO RECETARIO			
			<input type="text"/>			
<p>1) IMPORTANTE: Con esta receta ud. se beneficia con un descuento sobre el precio de venta del medicamento prescripto que se le indicara en la farmacia. Este descuento no podrá ser sumado a otros que reciba por Obras Sociales y/o Medicinas Prepagas. Para acceder a este descuento la DCI y marca sugerida del producto dispensado debe coincidir con los prescriptos por el profesional. Se deja aclarado que los descuentos del Programa son de hasta el 70% del Precio de Venta al Publico -PVP de los medicamentos incluidos. El porcentaje de descuento es diferente para cada producto y, ademas su determinación porcentual dependerá del impacto que tenga sobre el PVP la suma fija cuyo cobro esta a cargo de las farmacias participantes y forma parte integrante del importe a cargo del paciente. Vigencia: 30 días a partir de la fecha de emisión de esta receta.</p>						
<p>Firma Beneficiario: _____ Aclaración: _____ Domicilio: _____ Teléfono: _____</p>						

Dorso

Autorizo expresamente a que se recaben mis datos personales consignados en la presente. Dichos datos: 1) serán incluidos en una base de datos cuyo titular es Preserfar S.A., con domicilio en Alicia Moreau de Justo 2050 piso 1 oficina 105, C.A.B.A Argentina; 2) serán tratados con la finalidad de posibilitar la obtención de descuentos comerciales otorgados por parte de los laboratorios medicinales para el otorgamiento de los beneficios del Programa de Medicamentos de Primer Nivel; 3) sus destinatarios serán los las farmacias y laboratorios que otorgan los descuentos; 4) la participación en el Programa y la proporción de los datos es facultativa, no existiendo consecuencias por negarse a participar del mismo; sin embargo, en caso de proporcionar datos inexactos o falsos, se producirá la exclusión del Programa. El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo conforme artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326. A su vez, el titular de los datos tiene el derecho de rectificación y supresión de datos según art. 16 de la Ley de Protección de Datos Personales. La Agencia de Acceso a la Información Pública, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales.

.....

FIRMA PACIENTE

.....

ACLARACIÓN

(25/11/2021)



Nombre del médico

R.p.

MPN **Cármén Castaña** **5.1 DNI597**

Amoxidal 500mg. (comp.x16)

(Amoxicilina)

1 env.

Firma y sello
Fecha